



Artículo de opinión

La Orden de NO Reanimación Cardiopulmonar Cerebral en la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico.

The Order of No Cerebral Cardiopulmonary Resuscitation in the Adequateness Effort Limitation.

Dr C. Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt, Dr. Gilberto Lázaro Betancourt Reyes.

¹ Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Cuba.

RESUMEN

La práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico, constituye un tema de marcado interés social, de reflexión médica vigente, en el que se aborda el dilema del límite entre lo que es técnicamente posible y lo que es éticamente aceptable. El trabajo tiene como objetivo fundamental realizar una breve reflexión teórica, desde un análisis ético, acerca de la orden de no reanimación cardiopulmonar y la práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico al final de la vida de los pacientes en situación terminal, específicamente en las unidades de atención al paciente grave.

Palabras clave: no reanimación cardiopulmonar, adecuación del esfuerzo terapéutico, enfermedad terminal.

ABSTRACT

The practice of the therapeutic effort limitation constitutes a topic of marked social interest, of effective medical reflection, in which the dilemma of the limit is approached among what is technically possible and what is ethically acceptable. The work has as fundamental goal to carry out a brief theoretical reflection, from an ethical analysis, about the order of no cardiopulmonary resuscitation and the practice of the therapeutic effort limitation at the end of patients' life in terminal situation, specifically in the intensive care units.

Keywords: no cardiopulmonary resuscitation; therapeutic effort limitation; terminal disease.

Correspondencia: Dr C. Gilberto de Jesús Betancourt Betancourt. Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech" Camagüey. Cuba.
Email: bbgilbert.cmw@infomed.sd.cu.





Introducción

La reflexión ética sobre la situación terminal de una enfermedad y la orden de no reanimación cardiopulmonar, como forma de adecuación del esfuerzo terapéutico, constituye uno de los temas fundamentales para comprender en profundidad a los enfermos que se encuentran en esa fase terminal.

Se vive una época compleja, en la que la dinámica acelerada de la producción del saber, el desarrollo incesante de la ciencia y la tecnología se perciben con mayor nitidez. El descubrimiento y aplicación de nuevos conocimientos científicos y técnicos en el terreno de la medicina, especialmente en los temas de resucitación cardiopulmonar, los avances logrados en el conocimiento de la fisiología cardíaca y respiratoria, así como su aplicación para el monitoreo y el tratamiento de situaciones como el infarto agudo del miocardio y el estado de choque; el surgimiento de los desfibriladores, el empleo de marcapasos cardíacos en situaciones emergentes, y de potentes fármacos vaso-activos e inotrópicos que permiten apoyar las funciones indispensables para la vida, logran todos en su conjunto prolongar la vida de los enfermos por tiempo indefinido,¹ todos ellos fueron peldaños que condujeron a la generalización de una nueva modalidad de atención médica, donde el sostén de las funciones vitales permite intervenir en los procesos de la vida y la muerte; tal es el caso de la prolongación artificial de la vida mediante instauración y mantenimiento de medidas de soporte vital.^{2,3}

Hoy la humanidad ha adquirido nuevos conocimientos, valores éticos y suficientes recursos científicos tecnológicos que usados adecuadamente, permiten marchar hacia una nueva etapa histórica de justicia y humanismo, donde las decisiones médicas a tomar tengan en cuenta no solo los conocimientos científicos, si no también lo humano.

La adecuación del esfuerzo terapéutico, como buena práctica clínica significa aplicar medidas terapéuticas adecuadas y proporcionales a la situación real del enfermo, al estadio evolutivo de su enfermedad, se evita tanto la obstinación terapéutica como el abandono, por un lado, o el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, por otro.^{4,5}

De manera que solo se limitan aquellas medidas de soporte vital consideradas como heroicas, extraordinarias, desproporcionadas o no adecuadas, capaces solo de prolongar el proceso de la muerte en aquellos enfermos que irremediablemente han de morir; manteniéndose en cambio aquellas medidas terapéuticas y cuidados básicos necesarios, evaluados como ordinarios, proporcionados y adecuados a la situación del paciente; se trata de adecuar el esfuerzo terapéutico a las condiciones actuales del enfermo.^{6,7} En la literatura anglosajona suele referirse más a no iniciar o retirar un tratamiento de soporte para la vida: withholding/withdrawing of life support.⁸

La práctica de la adecuación del esfuerzo terapéutico obliga a distinguir necesariamente y con gran precisión entre medidas proporcionales y no proporcionales, entre aquellas medidas ordinarias y extraordinarias de soporte vital susceptibles de poder ser limitadas, a saber diferenciar bien cuales tratamientos serían adecuados o inadecuados a la situación del enfermo.

Se define tratamiento desproporcionado o medios desproporcionados como aquellas medidas que no son adecuadas a la situación clínica real del enfermo, por no ser proporcionales a los resultados que se podrían esperar. Es aquel tratamiento que no mantiene un balance adecuado de costos-cargas/beneficios en función de los objetivos perseguidos; no ofrecería un beneficio relevante al paciente y produciría un gran daño o carga al paciente, su familia o a la sociedad. Lo contrario es un tratamiento proporcionado.⁹

La orden de no reanimación cardiopulmonar y cerebral es una forma de adecuación del esfuerzo terapéutico, reconocida por muchos países^{10,11} y también en Cuba.¹² La orden de no reanimación cardiopulmonar y cerebral (No RCP-C) implica la no utilización de maniobras de reanimación, en función de criterios clínicos y es una responsabilidad del equipo de salud; su indicación en las unidades de atención al adulto grave, debe ser el resultado final de un proceso decisorio.

El médico debe tener especial sensibilidad e integridad moral y humana para encarar las decisiones al final de la vida de sus pacientes. Se impone la observancia de buenas prácticas clínicas, donde el conocimiento y aplicación de la ética médica que guía al galeno en el proceso de la toma de decisio-



nes, son imprescindibles para conseguir ordenar el actuar humano. Adquirir la sensibilidad para brindar la mejor asistencia a estos pacientes debe ser el objetivo y el compromiso primordial de la atención médica.

El trabajo tiene como objetivo fundamental realizar una breve reflexión teórica, desde un análisis ético sobre tan importante tema. Los contenidos que se exponen a continuación serán por tanto un intento de síntesis del problema ético que se aborda, a partir de las reflexiones propias de los autores y las opiniones que, en el momento actual se defienden preferentemente, buscando los caminos correctos que ayuden a entender mejor la realidad del enfermo en fase terminal.

Desarrollo

La orden de no reanimación cardiopulmonar y cerebral prohíbe intervenciones cardiopulmonares específicas, pero la decisión de no reanimar a un paciente como parte de la adecuación terapéutica, no impide que al paciente se le proporcionen otros tratamientos o cuidados ordinarios, adecuados y proporcionales a su situación clínica real. El paciente en situación terminal sigue precisando de cuidados médicos y atención de enfermería. Las manifestaciones clínicas que requieren tratamientos y cuidados específicos durante la enfermedad terminal son muy variadas.

En las unidades de atención al paciente grave y en estado crítico, los autores del presente trabajo consideran que es bueno establecer procedimientos que aseguren que no se resucitará a los pacientes a los cuales no debe resucitarse, por su situación de terminalidad. Se puede puntualizar lo esencial del concepto de enfermedad terminal, reconociéndole cinco características establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y citadas por el Dr. C. Ricardo Hodelín Tablada en su artículo:

- 1- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- 2- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

- 4- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte.

- 5- Pronóstico de vida inferior a seis meses.¹³

En este sentido, otro de los aspectos importantes es no confundir terminalidad con cronicidad, por las implicaciones que esto conlleva, de manera que se evite considerar como terminal a un paciente con una enfermedad crónica no terminal, que requiere de tratamiento y cuidados, cuya situación clínica puede ser mejorada para promover una mayor calidad de vida. No son estos enfermos los que han de ser objeto de cuidados paliativos, aunque indudablemente su vida tiene un límite. No podemos olvidar la alta incidencia que en la actualidad tienen las enfermedades crónicas; todas ellas potencialmente incurables. Por definición, la enfermedad terminal está irreversiblemente unida a la muerte próxima.

La práctica de la medicina siempre ha tenido en cuenta la consideración de los aspectos éticos que implica su ejercicio, reflejados en los códigos deontológicos y declaraciones internacionales sobre ética médica. El acto médico no se debe valorar únicamente por su dimensión técnica, sino también y sobre todo por su dimensión ética y moral.

El hecho de que una técnica esté disponible, no debe significar que necesariamente se deba hacer uso obligado de ella. Los autores reconocen que en medicina intensiva no todo lo técnicamente posible resulta siempre beneficioso para el enfermo, y en ocasiones someterlo a determinados procedimientos puede ser perjudicial, con lo que se están infringiendo los principios de la ética. Esta actitud compulsiva de aplicar toda la capacidad técnica adquirida, de hacer efectivo todo poder de realización es ciego a las implicaciones éticas que aparecen. Se enfatiza en que la obstinación o encarnizamiento terapéutico es un error ético y una falta de competencia. El médico no debe iniciar o continuar tratamientos o acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Es necesario comprender que ni la obstinación terapéutica ni el abandono del paciente son respuestas éticas moralmente aceptables para el profesional de la salud.

El debate se centra a menudo en el concepto de futilidad. Se define como aquel acto médico inapropiado e inútil al no ser capaz de lograr el objetivo deseado. Por tanto, su aplicación a un enfermo está



desaconsejada al ser clínicamente ineficaz, no lograr mejorar los síntomas, el pronóstico, ni las enfermedades intercurrentes, o porque previsiblemente produce perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, muy superiores a los beneficios esperados.^{14, 15} Los objetivos del tratamiento médico son los de promover una mejoría en el estado de salud del paciente, curar la enfermedad, aliviar el sufrimiento. La justificación de cualquier tratamiento médico deriva de los beneficios que se espera se produzcan con su aplicación. Cuando ya no es razonable esperar que este beneficio se logre, el tratamiento pierde su justificación.

El empleo de un tratamiento fútil no está justificado, ningún médico está obligado a proveer un tratamiento que a su juicio es fútil, aun cuando los familiares del paciente lo solicitaran. La decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico, basada en el criterio de futilidad o cualquier otro, debe ser analizada y aprobada en conjunto por el colectivo médico del servicio para evitar las decisiones unilaterales, e inmediatamente informada al paciente, la familia o su representante legal, según acuerde el colectivo.

La reanimación cardiopulmonar y cerebral avanzada podría ocasionar, según el caso, una lucha absurda y costosa, contra una muerte inevitable, a la vez que logra prolongar la agonía y el sufrimiento del paciente y sus familiares. En el momento actual y con un consenso amplio se han establecido y aceptado por parte de las sociedades científicas médicas internacionales estándares y guías de actuación, que unifican los criterios básicos de reanimación cardiopulmonar y cuidados cardiacos de emergencia.^{16, 17}

Por esta razón, los autores solo consideraron necesario insistir con relación a la adecuación de las maniobras de reanimación cardiopulmonar y cerebral en las siguientes situaciones:

a) Paciente en shock cardiogénico que no responde en 48 horas a las medidas terapéuticas intensivas extremas que puedan tomarse, con afectaciones muy serias de órganos vitales, en los que las probabilidades para una reanimación exitosa son muy remotas.

b) Paciente en shock séptico con fallo múltiple de órganos (FMO) -cinco o más- sin control de la sepsis o con afectaciones muy serias de órganos vitales, en los cuales la parada cardio-respiratoria ocurre en el momento esperado de la muerte.

c) Paciente en coma estructural de tres semanas de evolución, de etiología conocida, confirmada mediante tomografía computarizada, con un cerebro dañado severa e irreversiblemente, con afectación de otros órganos y sistemas y sin respuesta esperada a la terapéutica que ya se está aplicando.

d) Pacientes con una enfermedad crónica terminal oncológica o no, de naturaleza bien conocida, progresiva e incurable, en estadio avanzado, que irreversiblemente está unida a la muerte próxima.

El sustento de esta actuación profesional se puede encontrar, en general, en los principios básicos de la ética médica. Así, el Dr. C. Armando Caballero López aborda en el libro de texto básico de la especialidad en Medicina Intensiva, estos dilemas éticos que ponen en tela de juicio la iniciación de la reanimación cardiopulmonar-cerebral, una vez que se ha realizado una valoración cuidadosa y crítica de estos enfermos, con deterioro progresivo y evolución desfavorable, en los que ya no existe una razonable expectativa del restablecimiento de la función cardiopulmonar-cerebral que haga posible recuperarlos y, en los cuales no cabe duda aceptar la cercanía del desenlace final.¹⁸

Si bien es cierto, que la absoluta certeza de la no recuperabilidad de los pacientes solo es posible tenerla en aquellos enfermos una vez que se ha diagnosticado la muerte encefálica, por cuanto están muertos; si analizamos las posibilidades científicas extremas hay que reconocer entonces que podría al menos existir un mínimo de esperanza en lograr que estos pacientes se recuperaran de la parada cardio-respiratoria, pero contrasta con la aplastante realidad que se observa en estos casos, en los cuales casi nunca en su mayoría se logran restablecer la circulación espontánea y la respiración, resultando todo el esfuerzo terapéutico encaminado a lograr recuperarlos con el empleo de las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas fallidas, y de lograrse inicialmente, casi siempre la reiteración de la parada cardio-respiratoria acontece en breve tiempo.

En los casos de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar las dolencias del paciente y mantener en todo lo posible la calidad de una vida que se agota, al evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas, que sean desproporcionadas a la situación clínica real del enfermo.¹⁹ Asistirá al enfermo hasta el final,



con el respeto que merece la dignidad del hombre. El médico también dignifica la muerte cuando se abstiene de tratamientos dolorosos e injustificados que solo prolongan el proceso de morir.

Según la literatura internacional revisada, existe consenso entre expertos en bioética acerca de la ausencia de diferencia moral relevante entre no iniciar e interrumpir un tratamiento de soporte vital.^{20, 21}

En este sentido los autores hacen énfasis en la interrupción de las maniobras de reanimación cardiopulmonar-cerebral una vez iniciadas estas en las siguientes situaciones:

- a) Se interrumpirá las maniobras de reanimación cardiopulmonar y cerebral (RCP-C), en aquellos pacientes que sufran de una parada cardiorrespiratoria y luego de un tiempo prudencial de esfuerzo terapéutico en un intento de reanimación del paciente, estas resulten fallidas al no lograr restablecer la función cardiorrespiratoria y cerebral.
- b) Se interrumpirá las maniobras de reanimación cardiopulmonar y cerebral en aquellos pacientes en los que luego de iniciadas estas e independientemente del tiempo transcurrido de esfuerzo terapéutico en un intento de restablecer la actividad cardíaca y respiratoria, se conociera con certeza la existencia de una enfermedad maligna de base en fase terminal.

Ante el reconocimiento de la inevitabilidad de la muerte, de algo contra lo que ya no es posible, ni lícito luchar, se deben mantener verdaderos cuidados con medidas ordinarias y proporcionadas para lograr el confort paliativo de estos pacientes y tengan una muerte digna. Los autores destacan la importancia de que el médico rechace enérgicamente la obstinación y la inutilidad terapéutica en los pacientes en situación de terminalidad, donde se impone el deber deontológico de la atención paliativa al paciente terminal.²²

Una muerte digna significa considerar a los pacientes terminales o moribundos como personas responsables, con sentimientos y percepciones precisas, a quienes deben proporcionárseles los medios materiales necesarios, humanos y espirituales según sus creencias, para que el tránsito hasta la muerte se realice sin sufrimiento, con el apoyo necesario y acompañado de sus familiares. Sin acele-

rar ni retrasar la muerte. Morir con dignidad constituye un derecho esencial del ser humano, el cual debería entenderse como el derecho del enfermo a recibir cuidados paliativos de calidad, con medidas adecuadas y proporcionadas.^{23, 24} Los pacientes en estadio terminal de su enfermedad conservan su dignidad, sin importar el tiempo que duren y cualesquiera que sean las circunstancias.²⁵

Los autores somos del criterio que en estos casos en el trascendental momento de la muerte resultaría inmoral el realizar un simulacro a manera de "teatro" de reanimación cardiopulmonar-cerebral, para quedar bien con la familia. En realidad, para demostrar a la familia del paciente moribundo que se ha actuado con profesionalismo basta con una adecuada atención al enfermo durante su estancia hospitalaria y una buena comunicación con los familiares, para ofrecerles oportunamente la más detallada información y transmitirles la solidaridad en el momento de la muerte. Algunos autores consideran en sus trabajos que una orden de no reanimación cardiopulmonar, puede formar parte de los cuidados paliativos.²⁶

La medicina moderna está estrechamente relacionada con tecnologías nuevas y muy poderosas que ofrecen posibilidades sin precedentes. En consecuencia, abundan los nuevos problemas éticos. Una de las formas posibles para la solución de algunos de los grandes problemas que afronta hoy la humanidad se encuentra precisamente en el uso adecuado de los avances de la ciencia y la tecnología. De este conjunto de realidades se desprende la necesidad de reflexionar más. En esta era de progresos ininterrumpidos, los profesionales de la salud debatimos mucho de medicina, pero muy poco de los aspectos éticos de nuestra profesión.

En las unidades de atención al paciente grave, como método de trabajo establecido por años, día a día se discute en colectivo todos y cada uno de los enfermos ingresados en estas unidades, y es allí en la reunión clínica donde se acuerda en consenso por el colectivo de especialistas, todos los posibles cambios o modificaciones a realizar en los tratamientos y se define la conducta a seguir con el paciente, por tanto diariamente existe la opción de poder revertir la orden de no reanimación cardiopulmonar-cerebral como forma de adecuación del esfuerzo terapéutico en estos enfermos, instituir el tratamiento adecuado en dependencia de su evolución, complicaciones y etapa evolutiva de la enfer-



medad, al ser reevaluados periódicamente en conjunto por los especialistas del servicio.

Por supuesto que las decisiones de adecuar el esfuerzo terapéutico no son órdenes o medidas estáticas, ellas son susceptibles de poder modificarse en dependencia de la evolución individual de cada uno de los enfermos. La adecuación del esfuerzo terapéutico constituye un proceso continuo porque no puede ser dada por un hecho aislado y estático, sino por una continua actividad. El enfoque de la adecuación del esfuerzo terapéutico en la práctica médica es un proceso dinámico que requiere discusión, continua reflexión y posibles cambios.

La adecuación del esfuerzo terapéutico es considerada actualmente por la comunidad científica internacional como una práctica éticamente correcta y aceptable en aquellos pacientes en los que se cumplen una serie de condiciones que avalan la irreversibilidad de su situación patológica,²⁷ completamente justificada dentro del marco de la bioética.²⁸

Se hace necesario reconsiderar en forma y momento oportunos la decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico, las medidas de soporte vital y el pronóstico del enfermo. Con el examen diario y frecuente del enfermo ingresado se vigila la evolución de la enfermedad y la respuesta a la terapéutica indicada. No se debe obrar con ligereza e improvisaciones, se impone el juicio recto y la prudencia, para encauzar debidamente la reflexión ética en la toma de decisiones. En el análisis reflexivo de todos estos temas juega un papel imprescindible la adecuada formación profesional de los integrantes del equipo de salud, en su doble e inseparable menester: clínico y ético.

La orden de no reanimación cardiopulmonar-cerebral, como decisión de adecuar el esfuerzo terapéutico debe ser colegiada por el equipo médico, con evidencia razonable de que la muerte es inminente, además se requiere de un consenso médico-paciente-familiar, que le permitan tener una muerte digna y tranquila a aquellos enfermos que han de fallecer. El proceso de toma de decisiones clínicas para la adecuación del esfuerzo terapéutico, debe realizarse en el marco de la teoría general del consentimiento informado, entendida como toma de decisiones compartidas. Estos criterios mencionados introducen en la decisión médica elementos críticos que ponen en tela de juicio la iniciación de un tratamiento, su continuación o su finalización.

Todos los pacientes tienen el derecho de ser informados acerca de su situación, sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que vayan a ser sometidos, con el fin de que ellos mismos den su consentimiento para que estos se lleven a cabo. Así lo establecen los artículos 18 y 19 de la Ley No. 41 denominada Ley de la Salud Pública.²⁹

La Asociación Médica Mundial establece el derecho del paciente a la información necesaria para tomar decisiones.³⁰ Una de las cuestiones más difíciles en la adecuación del soporte vital es precisamente la que se refiere al derecho de los pacientes a conocer la verdad de la enfermedad que padecen, para poder tomar decisiones correctamente consensuadas. No porque alguien niegue tal derecho, que todos reconocen, sino porque a él se añade, y con frecuencia se contraponen, otro elemento que viene a complicar las cosas: el de suponer que el enfermo no está preparado para recibir una noticia que podría serle contraproducente y, en consecuencia, se le oculta la realidad de su enfermedad. Esto no significa mentir, sino que no siempre es necesario decir toda la verdad, es muy importante saber cómo se dice esa verdad.³¹

En la medicina cubana se practica el principio bioético de la veracidad soportable, en cuanto a información.³² Un aspecto de importancia capital es que el propio paciente actúa como regulador de la cantidad de información que desea recibir. En la comunicación con el enfermo, el equipo de salud debe llevar a cabo una actividad altamente personalizada, singular para cada paciente, de acuerdo con su condición y sus propias características. Manifestar la verdad también supone el compromiso previo de ayudar a asimilarla, de compartir las preocupaciones que surgen, de acompañar al paciente y su familia en esos difíciles momentos; esto implica prudencia, tacto y discreción.

Los pacientes con autonomía conservada son aquellos catalogados como competentes para tomar decisiones respecto a su proceso de salud, al poder garantizar un proceso compartido de toma de decisiones basado en el respeto mutuo; para ello es necesario que los profesionales provean información a los pacientes relacionada con la naturaleza de su dolencia, el tratamiento que se propone, e incluir los riesgos, beneficios, la probabilidad de éxito del tratamiento propuesto, así como posibles alternativas al tratamiento, en busca de un consenso médico-paciente. Toda intervención médica solo



podrá llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, así lo establece la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.³³

Por tanto, el equipo médico debe lograr que los pacientes comprendan su estado de salud, incluida la probable evolución si no se efectúa el tratamiento o proceder. Es inaceptable que un paciente con autonomía conservada, capaz de efectuar elecciones informadas sea excluido del proceso de la toma de decisión, pues con ello se viola el principio de la autonomía y se permitiría a terceros influir sobre la decisión de los cuidados al final de la vida. La cuestión no es simplemente informar al paciente de su enfermedad, sino hacerlo participar en la elección de las posibles alternativas terapéuticas, en busca de una solución ética para cada situación concreta.

Cuando el paciente no es autónomo, al no ser competente para tomar decisiones debido a su enfermedad como ocurre frecuentemente en medicina intensiva, la autonomía la pasará a ejercer en su nombre sus familiares o representante legal, los cuales actuarán según las preferencias del enfermo expresadas cuando era competente, en conformidad con lo establecido en el artículo 18 de la Ley No. 41 o Ley de la Salud Pública.²⁹

El principio de respeto a la autonomía del paciente en la mayoría de los casos no se puede aplicar en las unidades de atención al paciente grave, con frecuencia no se puede obtener el consentimiento informado de los enfermos, al tener que actuar en múltiples ocasiones de forma rápida, como cuando se intuba a un paciente para la ventilación mecánica artificial, se inician las maniobras de reanimación cardiopulmonar y cerebral o se colocan catéteres, sin poder consultar con la familia en muchos casos. Se cumple lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley No. 41 o Ley de la Salud Pública, dado el carácter urgente con que es necesario actuar en aquellos pacientes que peligra la vida.²⁹

A diferencia de otros países, no constituyen una práctica en el contexto cubano la redacción de documentos en vida sobre voluntades anticipadas, testamentos vitales y directrices previas, en los cuales se especifica a los profesionales médicos los cuidados que una persona desea o no desea recibir, para salvar y sostener su vida en caso de quedar incapacitada o sufrir de una enfermedad terminal. En estos documentos elaborados previamente, con

pleno consentimiento, en forma libre y con conocimiento de la situación, el paciente puede declarar sus deseos respecto a recibir o no: reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica artificial, transfusiones de sangre, medicamentos, alimentación parenteral o por gastrostomía y cirugía.^{34, 35}

Se trata de contar con un instrumento legal para evitar la obstinación terapéutica, el ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, se impide así el uso de medidas extraordinarias, desproporcionadas e innecesarias que prolongan la agonía del enfermo, cuando se sabe con certeza que ya no hay posibilidades de curación, en respeto al principio de autonomía y dignidad del paciente.³⁶ Algunos autores consideran que una orden de no reanimación cardiopulmonar, puede formar parte de los cuidados paliativos.³⁷

Toda asistencia mecánica con medidas para el soporte vital, son utilizadas para sostener las funciones vitales del paciente crítico, hasta tanto esta se recupere y pueda valerse nuevamente por sí misma. Estas intervenciones se encuentran justificadas cuando existe una posibilidad real de recuperación, pero pierde sentido cuando se convierten en operaciones mecánicas que solo logran convertir el acto de morir en una prolongación de la muerte o de la agonía, como sucede con el empleo de las maniobras de reanimación cardiopulmonar-cerebral en los pacientes crónicos en etapa terminal de su enfermedad.

El deber de los integrantes del equipo de salud, está precisamente en el debate profundo y comprometido de todos y cada uno de los casos ingresados en las unidades de atención al paciente grave, en el enjuiciamiento responsable y adecuado del empleo de las medidas de soporte vital que no puede enajenarse del uso a que son destinados.

El especialista que atiende a cada paciente, es el encargado de registrar en la historia clínica como documento médico-legal todos los acuerdos colegiados en el colectivo, en relación a los cambios o modificaciones a realizar en los tratamientos y la conducta a seguir con cada enfermo, incluyendo la orden de no reanimación cardiopulmonar-cerebral, firmada por el propio especialista y el jefe del servicio que preside la discusión clínica, como parte de la rutina del trabajo que se hace diariamente luego de culminar la misma; lo cual no solo es importante,



sino necesario para que todas las acciones tomadas se hallen auténticamente legitimadas.

Las Comisiones de Ética Médica (CEM) creadas en cada una de las unidades del Sistema Nacional de Salud, según resoluciones ministeriales dictadas por el Ministro de Salud Pública,³⁸ en la adecuación del esfuerzo terapéutico, son un elemento clave y fundamental para ayudar a resolver los conflictos éticos que puedan originarse en el proceso de toma de decisiones por el equipo asistencial en la práctica médica cotidiana. Cuando no ha sido posible llegar a un consenso con el paciente, su familiar o representante legal, ellos constituyen una herramienta muy útil para ayudar a los profesionales de la salud a solucionar aquellas situaciones complejas o de dudas por parte de los miembros del equipo implicado, lo que sirve de ayuda a los profesionales para tomar determinaciones moralmente adecuadas. La implantación de Comisiones de Ética Médica, con carácter meramente consultivo, coadyuva a que todos los elementos involucrados participen en las decisiones.

Conclusiones

La orden de no reanimación cardiopulmonar y cerebral es una forma de adecuación del esfuerzo terapéutico, reconocida por muchos países y también en Cuba. La existencia de una muerte próxima hace preciso que debamos valorar y reflexionar profundamente sobre determinados aspectos como el respeto a la dignidad, la atención y los cuidados que deben ser prestados en torno a la situación de terminalidad en relación al enfermo.

Referencias bibliográficas

1. Borsellino P. Limitation of the therapeutic effort: ethical and legal justification for withholding and/or withdrawing life sustaining treatments. Multidisciplinary Respiratory Medicine [Internet]. Feb. 2015 [citado 26 Ene. 2017]; 10(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4335772/>.
2. Carlos Félix Z, Geraldo da Costa SF, Marques Pereira de Melo Alves A, Garrido de Andrade C, Costa Souto Duarte M, Medeiros de Brito F. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. Sept. 2013. [citado 11 Feb. 2017]; 18(9). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>
3. Marcano Sanz LE, Díaz Bertot E, Serrano Ricardo G, Lima Aguilera Y. Dilemas bioéticos del postoperatorio en cirugía cardiovascular pediátrica: futilidad y limitación del esfuerzo terapéutico. Humanidades Médicas [Internet]. 2011 [citado 11 Feb. 2017]; 11(2):246-258. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000200002&nrm=iso.
4. Zeppelin M. ¿Limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico? Revista Altus [Internet]. Jun. 2015 [citado 8 Feb. 2017]; (10). Disponible en: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/limitacion-o-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico>.
5. Solís García Del Pozo J, Gómez Pérez I. El límite del esfuerzo terapéutico en las publicaciones médicas españolas. Cuad Bioét. [Internet]. Sep.-dic. 2012 [citado 11 Feb. 2017]; 23(3):641-656. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/875/87525473005.pdf>.
6. Ara Callizo JR. Adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes con alteraciones crónicas de la conciencia. EIDON. [Internet]. Dic. 2013 [citado 22 Ene. 2017]; (40):25-38. Disponible en: http://revistaeidon.es/index.php/file/getfile/1387468060_eff215fe487a8c2140ee3dcd22a20656.pdf/Adecuacion%20del%20esfuerzo%20terap%C3%A9utico%20en%20los%20pacientes%20con%20alteraciones%20cronicas%20de%20la%20conciencia_Dr.%20Ara.pdf
7. Betancourt Reyes GL; Betancourt Betancourt GJ. Adecuación del esfuerzo terapéutico: aspectos éticos y legales relacionados con su práctica. Rev Cub Med Int Emerg. [Internet]. 2017 [citado 2 Feb. 2017]; 16(1):12-24. Disponible en: http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/189/pdf_23
8. Barilan YM. Rethinking the withholding/withdrawing distinction: the cultural construction of "life-support" and the framing of end-of-life decisions. Multidiscip Respir Med [Internet]. Marz. 2015 [citado 2 Feb. 2017]; 10(1). Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25949813>.
9. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. Revista clínica española [Internet]. Ago. 2012 [citado 26 Ene. 2017]; 212(3):134-140. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/limitacion-del-esfuerzo-terapeutico/articulo/S0014256511003122/>.
10. Luis Cereceda G. Orden de no reanimar, consideraciones sobre este problema. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2011 [citado 22 Ene. 2017]; 22(3):369-376.



- Disponible en:
http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_3/369-376-dr-cereceda.pdf.
11. França D, Rego G, Nunes R. Ordem de não reanimar o doente terminal: dilemas éticos dos enfermeiros. *Revista Bioética* [Internet]. 2010 [citado 22 Ene. 2017]; 18(2):469-481. Disponible en:
http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/577/551
 12. De Zayas Alba E, Betancourt Betancourt GJ, Millares MC. Comentario al artículo original: Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? En: García Jiménez A. Limitación del esfuerzo terapéutico en UCI. *Revista electrónica de Medicina Intensiva. REMI*. [Internet]. Oct. 2005. [citado 11 Feb. 2017]; 5(10). Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569105742558>
 13. Hodelín Tablada R. El principio del doble efecto en la sedación a pacientes terminales. *MEDISAN* [Internet]. Jun. 2012 [citado 25 Ene. 2017]; 16(6). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000600015&nrm=iso.
 14. Rubio O, Sánchez JM, Fernández R. Criterios para limitar los tratamientos de soporte vital al ingreso en unidad de cuidados intensivos: resultados de una encuesta multicéntrica nacional. *Med Intensiva* [Internet]. Sep. 2013 [citado 21 Ene. 2017]; 37(5):333-338. Disponible en:
<http://www.medintensiva.org/es/criterios-limitar-los-tratamientos-soporte/articulo/S0210569112002288/>.
 15. Bagheri A. Medical Futility: Is a Policy Needed? *Journal of Clinical Research & Bioethics* [Internet]. Oct. 2014 [citado 8 Feb. 2017]; 5(5). Disponible en:
<http://omicsonline.org/open-access/medical-futility-is-a-policy-needed-2155-9627.1000e102.pdf>.
 16. A193. Resuscitation 2014. Resumen de temas tratados en el último Congreso del European Resuscitation Council (ERC) celebrado en Bilbao (Resuscitation 2014). *REMI* [Internet]. 2014 [citado 11 Feb. 2017]; Disponible en:
<http://www.medicina-intensiva.com/2014/06/A193.html>
 17. Gorordo Delsol LA, Weingerz Mehl S. Clasificación del nivel de soporte vital y reanimación cardiocerebropulmonar: aspectos médicos y bioéticos. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* [Internet]. Jul.-sep. 2013 [citado 26 Ene. 2017]; 27(3). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medcriti-2013/ti133g.pdf>.
 18. Caballero López A. Principios éticos en cuidados intensivos. *Terapia Intensiva*. T. I. 2.ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 77-80.
 19. Betancourt Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. *Revista Humanidades Médicas*. [Internet]. 2014 [citado 8 Feb. 2017]; 14(2):407-422. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 20. Gonzalo Morales V. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos pediátricos. *Revista Chilena de Pediatría*. [Internet]. 2015 [citado 2 Feb. 2017]; 86(01):56-60. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-pediatria-219-resumen-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-cuidados-90407034>.
 21. López Reyes T, Morales Camporredondo I. Frecuencia de tratamientos percibidos como fútiles en medicina crítica y la prevalencia de la limitación del esfuerzo terapéutico. Estudio observacional. *Acta médica grupo ángeles* [Internet]. Jul.-sep. 2015 [citado 2 Feb. 2017]; 13(3). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2015/am153c.pdf>.
 22. Betancourt Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética. *Revista Humanidades Médicas*. [Internet] 2011 [citado 8 Feb. 2017]; 11(2). Disponible en:
<http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/33/56>
 23. Sarmiento-Medina MI, Vargas-Cruz SL, Velásquez-Jiménez CM, Sierra de Jaramillo M. Problemas y decisiones al final de la vida en pacientes con enfermedad en etapa terminal. *Revista de Salud Pública* [Internet]. Ene.-feb. 2012 [citado 25 Ene. 2017]; 14(1). Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000100010&nrm=iso.
 24. Torres-Mesa LM, Schmidt-Riovalle J, García-García I. Conocimiento de la ley y preparación del personal sanitario sobre el proceso asistencial de la muerte. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. Abr. 2013 [citado 21 Ene. 2017]; 47(2). Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200027&nrm=iso.
 25. Merchán-Espitia ME. Problemas bioéticos de las familias que tienen paciente con enfermedad terminal. *Persona y Bioética*. [Internet]. 2012 [citado 26 Ene. 2017]; 16(1):43-57. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83224038005>



26. MedlinePlus. [Internet] Órdenes de no reanimar. EU: U.S. National Library of Medicine. [Internet]. 2012 [Actualizado 3 Feb. 2014; citado 22 Ene. 2017] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000473.htm>
27. Escudero D, Martínez K, Saralegui I, Simón P. Más aclaraciones sobre la limitación del tratamiento de soporte vital y donación de órganos. Med Intensiva. [Internet]. 2014. [citado 25 Ene. 2017]; 30(20). Disponible en: <http://www.elsevier.es/eop/S0210-5691%2813%2900253-2.pdf>
28. Partarrieu Mejías FA. ¿Cómo se justifica la Limitación del Esfuerzo terapéutico en el marco de la bioética? Rev Medicina y Humanidades. Sección de Bioética y Filosofía [Internet]. 2012 [citado 24 Ene. 2017]; IV(1-3):29-34. Disponible en: http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_2_3_2012/07_LET.pdf.
29. Asamblea Nacional del Poder Popular. Ley de la salud pública. Ley No. 41. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición Ordinaria. 15 Ago. 1983; Año LXXXI (61):1-10.
30. Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente. [Internet]. Francia: Asociación médica mundial; 2015 [citado 12Feb 2017]. Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/14/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/14/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage)
31. Peñate Gaspar A, Martínez Martín MI. Atención al paciente grave desde una perspectiva psicológica. En: Caballero López A. Terapia Intensiva. T. 1. 2.ed. La Habana: Ecimed; 2006. p. 72-76.
32. Antúnez Baró AO, Torres González A. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. Medi Ciego. [Internet]. 2014 [citado 26 Ene. 2017]; 20(1). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=95654453&lang=es&site=ehost-live>.
33. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos [Internet]. Ginebra: UNESCO; 2005 [citado 12Feb. 2017]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
34. Gutiérrez Samperio C. Voluntad anticipada en las Unidades de Cuidados Intensivos. Cirujano General [Internet]. Abr.-jun. 2013 [citado 2 Feb. 2017]; 35 (Supl. 2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cgs132.pdf#page=88>.
35. Presentarán iniciativa de ley del derecho [Internet]. México: Col. Centro Histórico México D.F; [Internet]. 2014 [citado 29 Ene. 2017]; Disponible en: <http://www.aldf.gob.mx/index.html>
36. MedlinePlus. [Internet]. EU: Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU; [Internet]. c2014 [Actualizado 3 Dic. 2014; citado 29 Ene. 2017]. Documento de voluntades anticipadas. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000472.htm>
37. MedlinePlus. [Internet] Órdenes de no reanimar. EU: U.S. National Library of Medicine. [Internet]. 2012 [Actualizado 3 Feb. 2014; citado 22 Ene. 2017] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000473.htm>
38. Amaro Cano MC. Ética Médica y Bioética [Internet]. La Habana: Ecimed; 2009 [Internet]. [citado 12Feb. 2017]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/etica_medica_bioetica/etica_medica_completo.pdf.

Recibido: 09-10-2016
Aceptado: 20-02-2017

